

Public Health – Seattle & King County

Notice of Privacy Practices

Acknowledgement of Receipt – Please Sign Below

HIPAA requires that we make the Notice of Privacy Practices available to you. We ask that you sign and date this form. **When you sign and date this form you are agreeing that you were given a copy of the Notice of Privacy Practices. You are not agreeing to what the notice says.**

Usually parents sign for children who are minors (under the age of 18). There is an exception when a minor seeks services for the following: family planning, sexually transmitted disease testing/treatment, outpatient mental health treatment or outpatient alcohol and drug abuse treatment. Under state law, minors may consent to their own treatment for these services. When this happens, they will be asked to sign this form for themselves.

For more information, please read the attached Notice of Privacy Practices.

The undersigned has received the notice of Privacy Practices of Seattle – King County Department of Public Health.

Signature:

Date:

(mm/dd/yyyy)

**Relation to
Patient:**

Public Health – Seattle & King County

Consent to Bill and Treat

Acknowledgement of Receipt – Please Sign below

Release of Benefits and Information: My insurance benefits may be paid directly to my medical provider. I know I am responsible for paying for what is left on my account after insurance has been billed. Public Health-Seattle & King County (Public Health) may release any health information to the insurance company needed to pay this claim. I have truthfully given Public Health accurate information.

I understand that some Public Health programs will not charge me for health services. This means I will not be responsible for the amount on my account.

Consent for Treatment: I give permission to my provider to perform medical and/or dental procedures as my provider advises.

Signature:

Date:
(mm/dd/yyyy)

**Relation to
Patient:**

Public Health – Seattle & King County

Aviso de Prácticas de Privacidad

Acuse de Recibo – Sírvase Firmar Abajo

HIPAA exige que pongamos a su disposición este Aviso de Prácticas de Privacidad. Le solicitamos firmar y fechar este formulario. **Al hacerlo, usted reconoce que ha recibido una copia de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Ello no implica que usted está de acuerdo con su contenido.**

Por lo general, los padres firman por sus hijos cuando son menores de edad (menores de 18 años). Se hace excepción cuando el/la menor busca los siguientes servicios: planificación familiar, pruebas y tratamientos para enfermedades transmitidas sexualmente, tratamiento ambulatorio de salud mental o tratamiento ambulatorio de abuso de alcohol y drogas. Bajo ley estatal, los menores pueden consentir a su propio tratamiento para estos servicios. En estos casos, se les pedirá a ellos que firmen este formulario por sí mismos.

Para más información, sírvase leer el documento anexo, Aviso de Prácticas de Privacidad.

El que suscribe ha recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Salud Pública de Seattle y el Condado de King (Seattle – King County Department of Public Health).

Firma:

	Firme
--	-------

Fecha:

(mm/dd/aaaa)

--

Parentesco con
el/la Paciente:

--

Public Health – Seattle & King County

Consentimiento para Facturación y Tratamiento

Acuse de Recibo – Sírvase Firmar Abajo

Liberación de Pago de Prestaciones y Revelación de Información:

Mis prestaciones de seguro médico se pueden pagar directamente a mi proveedor de servicios médicos. Estoy consciente de que seré financieramente responsable de cualquier saldo adeudado en mi cuenta después de que mi seguro ha sido facturado. Salud Pública de Seattle y el Condado de King (Salud Pública) puede revelar a la compañía de seguro cualquier información médica que sea necesaria para pagar este reclamo. He proporcionado información exacta y verdadera a Salud Pública.

Entiendo que algunos programas de Salud Pública no me van a cobrar por los servicios médicos. Esto significa que no seré responsable de la cantidad que aparece en mi cuenta.

Consentimiento para Tratamiento:

Le doy consentimiento a mi proveedor de servicios médicos para desempeñar los procedimientos médicos/dentales como mi proveedor considere recomendable.

Firma:

	Firme
--	-------

Fecha:
(mm/dd/aaaa)

--

Parentesco con
el/la Paciente:

--



Y Tế Công Cộng - Seattle và Quận King

ĐỒNG Ý TRẢ HOÁ ĐƠN VÀ ĐIỀU TRỊ
Xác nhận đã được thông báo - Xin ký tên dưới đây

Phát Hành Lợi ích và Thông Tin: Quyền lợi bảo hiểm của tôi có thể được trả trực tiếp cho nhà cung cấp y tế của tôi. Tôi biết tôi có trách nhiệm trả tiền cho những gì còn lại trên tài khoản chi phí của mình sau khi bảo hiểm đã được tính tiền. Y tế công cộng - Seattle & King County (Y tế công cộng) có thể tiết lộ bất kỳ thông tin sức khỏe cho công ty bảo hiểm cần thiết để chi trả cho đơn này. Tôi đã trung thực cho Y tế công cộng những thông tin chính xác.

Tôi hiểu rằng một số chương trình Y tế công cộng sẽ không đòi hỏi tôi phải trả tiền cho những dịch vụ y tế. Điều này có nghĩa là tôi sẽ không phải chịu trách nhiệm về số tiền trên tài khoản chi phí của tôi.

Chấp Thuận Điều trị: Tôi cho phép nhà cung cấp y tế của tôi được thực hiện các thủ tục y tế và / hoặc nha khoa theo đúng sự cố vấn của họ.

*Người ký tên dưới đây đã nhận được Thông báo Quy Định Bảo Mật của
Sở Y Tế Công Cộng Seattle - Quận King.*

Chữ ký:

Ký

Ngày:
(tháng/ngày/năm)

Liên hệ với
Bệnh Nhân:



Y Tế Công Cộng - Seattle và Quận King

THÔNG BÁO QUY ĐỊNH BẢO MẬT

Xác nhận đã được thông báo - Xin ký tên dưới đây

HIPAA đòi hỏi chúng tôi phải cho quý vị biết về mẫu Thông Báo Quy Định Bảo Mật. Chúng tôi yêu cầu quý vị ký tên và để ngày ký mẫu này. **Khi quý vị ký tên, quý vị đồng ý rằng mình đã được cho một bản sao của Thông Báo Quy Định Bảo Mật. Đây không có nghĩa rằng quý vị phải hoàn toàn đồng ý với thông báo.**

Thường thường cha mẹ ký tên cho các con vị thành niên (dưới 18 tuổi). Có một ngoại lệ khi trẻ vị thành niên cần các dịch vụ sau đây: kế hoạch hóa gia đình, thử nghiệm/điều trị bệnh lây truyền qua đường tình dục, điều trị ngoại trú về sức khỏe tâm thần hoặc điều trị lạm dụng rượu và ma túy. Theo luật tiểu bang, trẻ vị thành niên có thể đồng ý điều trị một cách riêng tư cho các dịch vụ này. Khi điều này xảy ra, trẻ vị thành niên sẽ được yêu cầu tự ký tên vào mẫu này cho mình.

Để biết thêm thông tin, xin đọc Thông Báo Quy Định Bảo Mật kèm theo.

*Người ký tên dưới đây đã nhận được Thông báo Quy Định Bảo Mật của
Sở Y Tế Công Cộng Seattle - Quận King.*

Chữ ký:

	Ký
--	----

Ngày:
(tháng/ngày/năm)

--

Liên hệ với
Bệnh Nhân:

--



Отдел Здравоохранения – г. Сиэтл и округ Кинг

СОГЛАСИЕ НА ОПЛАТУ И ПОЛУЧЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

Подтверждение о получении уведомления – пожалуйста, подпишите ниже

Согласие на выплаты из моего страхового пособия и выдачу информации: страховые выплаты могут быть перечислены непосредственно медицинскому учреждению, предоставляющему мне медицинские услуги. Я понимаю, что я несу финансовую ответственность за оплату остатка суммы на моем страховом счете после того, как моя страховая компания оплатит свой счет. Отдел здравоохранения г.Сиэтла и округа Кинг (Общественное Здравоохранение) может предоставить любую информацию о состоянии моего здоровья в мою страховую компанию в целях получения оплаты за полученные мной медицинские услуги. Информация, правдиво предоставленная мной отделу здравоохранения, является достоверной. Я понимаю, что есть некоторые программы, по которым отдел общественного здравоохранения плату за медицинские услуги не взимает. Это означает, что в таких случаях я не буду нести финансовую ответственность за счета, предоставленные за эти услуги.

Согласие на предоставление лечения: Я даю свое разрешение данному медицинскому работнику производить медицинские и/или зубоврачебные процедуры в соответствии с рекомендациями данного медицинского работника.

Подпись:

Дата:
(месяц/день/год)

Кем приходите
пациенту:



Отдел Здравоохранения – г. Сиэтл и округ Кинг

УВЕДОМЛЕНИЕ О СОБЛЮДЕНИИ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТИ

Подтверждение о получении уведомления – пожалуйста, подпишите ниже

НПРАА обязывает нас предоставить Вам документ “Уведомление о Соблюдении Конфиденциальности”. Мы просим Вас подписать эту форму и поставить дату. **Подписав форму и поставив дату, Вы подтверждаете, что Вы получили от нас копию документа “Уведомление о Соблюдении Конфиденциальности”. Ваша подпись не является Вашим согласием на признание того, о чем говорится в этом документе.**

Форму для несовершеннолетних детей (до 18-летнего возраста) обычно подписывают родители. За исключением, когда несовершеннолетний сам обращается за такими видами услуг, как планирование семьи, тесты/лечение венерического заболевания, амбулаторное психиатрическое лечение или амбулаторное лечение от алкоголя и наркотической зависимости. По закону штата, несовершеннолетние сами могут подписывать согласие на лечение по этим услугам. В этом случае, их самих попросят подписать данную форму.

Для получения дополнительной информации, пожалуйста, читайте приложенное “Уведомление о Соблюдении Конфиденциальности”.

Нижеподписавшийся получил Уведомление о Соблюдении Конфиденциальности Департамента по Здравоохранению г. Сиэтла и округа Кинг.

Подпись:

Дата:
(месяц/день/год)

Кем приходиться
пациенту: